

УДК 616.072.1+616.329-006:616-089.86/811

© В. Ю. МОКРИК, Ю. М. МОКРИК

Рівненська обласна клінічна лікарня

## Аортоезофагеальна фістула як рідкісна причина езофагеальної кровотечі

V. YU. MOKRYK, YU. M. MOKRYK

Rivne Regional Clinical Hospital

### AORTOESOPHAGEAL FISTULA AS A RARE CAUSE OF ESOPHAGEAL BLEEDING

Аортоезофагеальна фістула є рідкісною причиною езофагеальних кровотеч, що, як правило, завершуються летальним кінцем. Найчастіше діагноз встановлюється посмертно, за винятком рідких випадків успішного лікування, описаних у літературі. Найчастіше причиною виникнення аортоезофагеальної фістули є розшаровуюча аневризма аорти. У рідких випадках причиною утворення аортоезофагеальної фістули є рак стравоходу (до 0,2 % у загальній структурі неварикозних стравохідних кровотеч). На сьогодні в літературі описано до 85 випадків даної патології. Ми хочемо висвітлити випадок фатальної кровотечі, спричиненої аортоезофагеальною фістурою як ускладненням раку стравоходу, з яким ми зустрілись у своїй практиці.

An aorto-esophageal fistula is a rare cause of upper gastrointestinal bleeding which outcome is usually fatal. The diagnosis is invariably made post - mortem with only anecdotal reports of successful salvage available in the literature. Most cases are due to aortic disease. In a rare case cause of aorto-esophageal fistula is oesophageal malignancy (Up to 0.2 % in the general structure of nonvariceal oesophageal hemorrhage). Today in the literature about 85 cases of the given pathology are described. We report a case of aorto-esophageal fistula due to esophageal carcinoma what has ended with a fatal bleeding, which we have met in our practice.

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) завжди були одним із найсерйозніших розділів медицини. Актуальність проблеми зумовлена тим, що частота кровотеч не зменшується, складаючи 50–172 випадки на 100 тис. жителів на рік і залежить від економічного розвитку регіону та вікового складу населення. В Україні щорічно госпіталізують у стаціонари близько 50 тис. хворих із ШКК. У всіх вікових групах захворюваність вища серед чоловіків, ніж серед жінок. Рівень смертності перебуває в межах 8–14 % [1]. Летальність при рецидиві кровотечі залишається високою і не має тенденції до зниження: її рівень становить 30–40 % [2].

За винятком кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу, зумовлених портальною гіпертензією, кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту лише в 17 % зумовлені патологією стравоходу. З них у 65 % вони зумовлені рефлюкс-езофагітом, в 30 % – синдромом Маллорі–Вейса. Частота злоякісних пухлин у цих пацієнтів складає менше 2 %, частота злоякісної аортоезофагеальної фістули (АЕФ) – єдиного стану, що супроводжується масивною, як правило, фатальною кровотечею – менш ніж 0,2 % [4].

На першому місці серед етіологічних факторів у виникненні АЕФ у 54,2 % є розрив розшаровуючої аневризми грудного відділу аорти. Наступними за частотою є сторонні тіла стравоходу – 19,2 % та рак стравоходу – 17,0 %. У ряді випадків (9,0 %) АЕФ викликають туберкульоз, перфорація виразки

Баррета, тривала назогастральна інтубація, зовнішня травма, ятрогенне пошкодження при операціях на аорті та стравоході [5]. Так, у роботі Hollander and Quik (найбільш широкому огляді описаних у літературі епізодів АЕФ, що включив 500 випадків), майже в 50 % причиною виникнення цього ускладнення була розшаровуюча аневризма аорти, і лише в 85 випадків причиною виникнення АЕФ був рак стравоходу, що вказує на виключну рідкість цієї патології.

Вперше АЕФ була описана Dubrueil у 1818 році. У 1919 році Chiari була описана класична тріада симптомів при АЕФ – ретростернальний біль, дисфагія та сигнальна кровотеча, яка й була названа його іменем. АЕФ рідко діагностується до розвитку масивної, часто фатальної кровотечі. Симптоми тріади Chiari спостерігаються в 45–80 % [5, 6]. Сигнальна кровотеча, як правило, виникає в період 24–72 год.

З інструментальних методів для діагностики АЕФ застосовують езофагоскопію, аортографію, комп'ютерну томографію.

Ендоскопічними критеріями АЕФ є:

- пульсуюча маса в підслизовому шарі з (або без) фіксованим згортком;
- слизова оболонка синювато-сірого кольору (синюшня) за рахунок підслизової гематоми;
- наявність стороннього тіла, виразки чи езофагіту;
- візуалізується отвір фістули (рідко).

Цінність езофагоскопії не підлягає сумніву, хоча деякі автори наголошують, що застосування цього методу може спровокувати передчасний розвиток масивної кровотечі [7, 8, 9]. Крім того, високоінформативним методом діагностики АЕФ є комп'ютерна томографія, що візуалізує псевдоаневризму між стравоходом та аортою.

Із понад 6000 випадків гострих шлунково-кишкових кровотеч, які ми спостерігали в Рівненській обласній клінічній лікарні, з такою патологією ми зустрілися вперше. Наводимо наше спостереження.

Пацієнт З., 1937 р. н., був доставлений в приймальне відділення лікарні 09.08. 2009 року з діагнозом шлунково-кишкової кровотечі. При госпіталізації скаржився на біль в грудній клітці, утруднення при ковтанні. Крім цього, пацієнт вказав, що 6 год тому під час регургітації харчових мас помітив згортки крові.

З анамнезу відомо, що вказані скарги турбують протягом останніх двох тижнів. Загальний стан пацієнта задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові блідо-рожевого кольору. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені, чисті. Пульс 98 уд./хв, АТ–100/60 мм рт. ст. У легенях везикулярне дихання. Загальний аналіз крові: Нb – 100 г/л, Eг – 3,2 Т/л, Le – 20,1 г/л, паличкоядерні – 15 %, сегментоядерні – 59 %, еозинофіли – 2 %, лімфоцити – 18 %, моноцити – 6 %.

Пацієнту проведено рентгенографію органів грудної клітки, сонографічне дослідження органів черевної порожнини – суттєвих змін не виявлено. Хворого оглянув хірург центру шлунково-кишкових кровотеч та торакальний хірург. З метою уточнення діагнозу пацієнту було призначено езофагогастроскопію.

Після анестезії ротоглотки 2 % розчином лідокаїну апарат під контролем зору вільно введено в стравохід, де у верхній третині відмічено стенозування просвіту за рахунок циркулярного розростання слизової. Детально оглянути місце звуження не вдалося, оскільки розпочалось масивне надходження яскраво-червоної крові в просвіт стравоходу з виділенням її через рот. Ендоскопічно верифікувати джерело кровотечі не вдалося. Стан пацієнта миттєво погіршився, хворий втратив свідомість. Дослідження було при-

пинено, негайно розпочато реанімаційні заходи, які продовжила реанімаційна бригада, та вони були не-ефективні. Через 40 хв констатовано смерть.

При аутопсії в просвіті стравоходу виявлено згортки крові, що виповнює його. Стравохід звужений на межі верхньої та середньої третини за рахунок циркулярної пухлини з проростанням у середостіння та прилеглу стінку аорти з вогнищевим некрозом та проривом стінки аорти в просвіт стравоходу. Метастази вздовж стравоходу дистальніше. Звертає на себе увагу той факт, що у просвіті аорти кров практично відсутня.

Шлунок значно збільшений в об'ємі, в просвіті до 2,0 л крові. В окремих петлях тонкого кишечника дьогтьоподібні маси. У печінці по передньому краю правої частки субкапсулярний метастаз до 2 см у діаметрі.

Отже, у хворого мав місце плоскоклітинний рак середньої третини стравоходу з проростанням у середостіння та стінку аорти, некрозом пухлини з утворенням аорто-езофагеальної фістули, ускладненої масивною кровотечею.

Аналізуючи даний клінічний випадок, можна зробити такі висновки:

1. Однією із рідких причин гострої ШКК може бути АЕФ як ускладнення раку стравоходу.
2. У більшості випадків такі кровотечі є фатальними.
3. Прижиттєва діагностика можлива лише за умови уважного вивчення анамнезу і детального обстеження.
4. Під час підготовки до проведення ургентної ендоскопії пацієнтам з приводу ШКК із невстановленим джерелом кровотечі лікар має бути готовий до проведення комплексних методів гемостазу і проведення реанімаційних заходів.
5. Наявність у пацієнта одного або декількох симптомів тріади Chiari має насторожити лікаря щодо можливості АЕФ.
6. У пацієнтів із підозрою на АЕФ показання до проведення езофагогастроскопії мають бути виваженими, оскільки це може спровокувати фатальну кровотечу.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лечение злокачественных опухолей легких и желудочно-кишечного тракта, осложнённых кровотечениями / В. А. Тарасов, Е. С. Побегалов, В. В. Ставринецкий [и др.] // Практическая онкология. – Т. 7, № 2. – С. 94–100.
2. Чернеховская Н. Е. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта / Н. Е. Чернеховская // Журнал “Доктор.Ру”. – Вып. 2.
3. Фомин П. Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / П. Д. Фомин, В. И. Никишаев // Здоров'я. – № 5. – С. 8.
4. Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study / G. de Manzoni, F. Catalano, M. Festini [et al.] // G. Chir. – 2002. – Vol. 23, № 5. – P. 199–204.

5. Hollander J. E. Aortoesophageal fistula: a comprehensive review of the literature / J. E. Hollander, G. Quick // Am. J. Med. – 1991. – Vol. 91. – P. 279–287.
6. Fatal hemorrhage from an aorto-esophageal fistula precipitated by flexible endoscopy / M. J. Benson, D. Rouse, N. van Someren [et al.] // Gastrointest Endosc. – 1991. – Vol. 37. – P. 193–196.
7. Aortoesophageal fistula / R. Carter, G. A. Mulder, E. N. Jr. Snyder [et al.] // Am. J. Surg. – 1978. – Vol. 136. – P. 26–30.
8. Шептулин А. А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта / А. А. Шептулин. – Режим доступа : www.fmj.ru
9. Clinical and radiographic manifestations of aortoesophageal fistulas / R. L. Baron, R. E. Koehler, F. R. Gutierrez [et al.] // Radiology. – 1981. – Vol. 141. – P. 599–605.

Отримано 08.05.13